

Lucyna Przewoźniak

Rodzina jako potencjalny odbiorca edukacji zdrowotnej

Wprowadzenie

Z początkiem lat 80. instytucja rodziny stała się obiektem promocji zdrowia. Źródłem tej nowej polityki zdrowotnej są wyniki analiz epidemiologicznych wykonanych w latach 70. w Stanach Zjednoczonych, w których wykazano zmiany w występowaniu chorób i w strukturze przyczyn zgonów¹. Stwierdzono, że w społeczeństwie zmniejszyło się ryzyko zgonu z powodu chorób zakaźnych, a zwiększyło ryzyko z powodu chorób układu krążenia, nowotworowych oraz wypadków.

W analizach zorientowanych na etiologię chorób przewlekłych (m.in. chorób układu krążenia, nowotworowych) wykazano, że ich głównymi czynnikami ryzyka są genetyka oraz niektóre zwyczaje, takie jak: przyzwyczajenia żywieniowe, palenie papierosów, picie alkoholu i aktywność fizyczna².

W efekcie uznano, że prewencja tych chorób jest w równym stopniu wyzwaniem dla medycyny i nauk behawioralnych. Jednak zanim dokona się odkrycie genomu człowieka oraz opracowane i udostępnione zostaną medyczne metody zapobiegające chorobom niezakaźnym, ludzie winni być edukowani, w jaki sposób umacniać swoje zdrowie i jak nie przyczyniać się własnym zachowaniem do wywoła-

¹ *Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention*, Departament of Health, Education and Welfare (Publication no. 79-55071), Washington 1979; R. Beaglehole, R. Bonita, T. Kjellstrom, *Basic epidemiology*, WHO, Genewa 1993.

² L. W. Green, B. G. Simons-Morton, L. Potvin, *Education and life styles determinants of health and disease*, „Oxford Textbook of Public Health”, New York-Oxford-Tokyo 1997, s. 126-137.

nia choroby. W konsekwencji aktualną strategię zwalczania chorób w znacznej mierze wyznacza fakt uznawania niektórych wzorów zachowań za „behawioralne patogeny”, a innych za „behawioralne immunogeny”³.

Stąd w propagowanym przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) modelu skutecznej prewencji chorób przewlekłych ideałem stała się możliwość agregowania rodzinnych czynników ryzyka zdrowotnego w wymiarze genetycznym, społecznym i kulturowym w celu opracowania indywidualnego lub rodzinnego profilu zapobiegania chorobom – stosownie do uzyskanej diagnozy. W Polsce również głównymi problemami zdrowotnymi są choroby przewlekłe i dlatego, stosując się do rekomendacji WHO, zainicjowano orientację instytucji opieki zdrowotnej na zdrowie rodziny. Od 1991 roku trwa proces zmiany podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie wdrażane są nowe role lekarza rodzinnego i pielęgniarki rodzinno-środowiskowej⁴.

W świetle istniejących przepisów kluczowym zadaniem lekarza rodzinnego jest określenie tzw. obciążenia rodzinnego i, w miarę istniejących możliwości, potwierdzenie anamnezy diagnostyką medyczną, a następnie wdrażanie stosownej profilaktyki⁵.

W odniesieniu do roli rodzinno-środowiskowej nowe regulacje jako główne jej zadania wskazują edukację zdrowotną klienta lub rodziny, ukierunkowaną na podniesienie wiedzy i umiejętności po-

³ G. D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, Wrocław 2000, s. 108–109; L. J. Kolbe, *The Application of Health Behavior Research. Health education and Health Promotion*, w: D. S. Gochman, *Health Behavior, Emerging Research Perspectives*, New York 1988, s. 382.

⁴ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991, nr 91, poz. 408); Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. 1997, nr 28, poz. 153).

⁵ Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 1989, nr 30, poz. 481); Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1996 nr 28, poz. 28 oraz Dz. U. 1998 nr.106, poz. 668); A. Windak, M. Jarosz, J. Kulczycka, A. Surdacki, T. Tomasiak, *Zakres kompetencji lekarza rodzinnego*, Kraków 1994.

zostających w relacji ze zdrowiem. Tradycyjny zakres roli odnoszący się do czynności zabiegowych uległ tylko niewielkiej zmianie⁶.

W latach 1992–2000 poszczególne zakłady opieki zdrowotnej (tzw. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej [SP ZOZ]) podjęły przygotowania do nowej instytucjonalizacji, starając się uwzględnić potrzeby swoich klientów.

Prezentowane w artykule wyniki są elementem takich przygotowań. Socjologiczne badania diagnostyczne zatytułowane „Zdrowotne aspekty stylu życia dorosłych mieszkańców jednej z dzielnic Krakowa” przeprowadzono na zlecenie jednego z SP ZOZ w latach 1999–2000. Z jednej strony badanie skoncentrowane było na szeroko rozumianych behawioralnych uwarunkowaniach zdrowia. Z drugiej strony na dotyczących reformy opieki zdrowotnej subiektywnych oczekiwaniach respondentów.

Cele badawcze

Celem badawczym prezentowanego segmentu badań było poznanie kulturowych wzorów żywienia dorosłych klientów SP ZOZ, w tym określenie:

- wzorów spożywanych posiłków (ilość posiłków, składniki, używki),
- osoby pełniącej w rodzinie nieformalną funkcję „strażnika wzorów żywienia”,
- źródeł informacji o zasadach żywienia i żywności.

Następną kategorię tworzyły cele edukacyjne zorientowane na studentki drugiego roku pielęgniarstwa, pełniące w badaniach funkcję ankieterów, a w przyszłości edukatorów zdrowia. W celach tych

⁶ Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. 1991, nr 41, poz. 178); Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. (Dz. U. 1996, nr 91, poz. 410); *Zakres kompetencji, zadań i obowiązków pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej*, „Biuletyn MOiPiP”, nr 73 (1996), s. 8–15.

zakładano doskonalenie umiejętności komunikacyjnych oraz socjologicznych technik obserwacji.

Trzecią kategorię tworzyły cele praktyczne, zorientowane na podniesienie wiedzy profesjonalistów – pracowników czterech przychodni SP ZOZ – na temat potrzeb edukacyjnych klientów w zakresie wzorów żywienia oraz oczekiwań klientów związanych z reformowaniem opieki zdrowotnej.

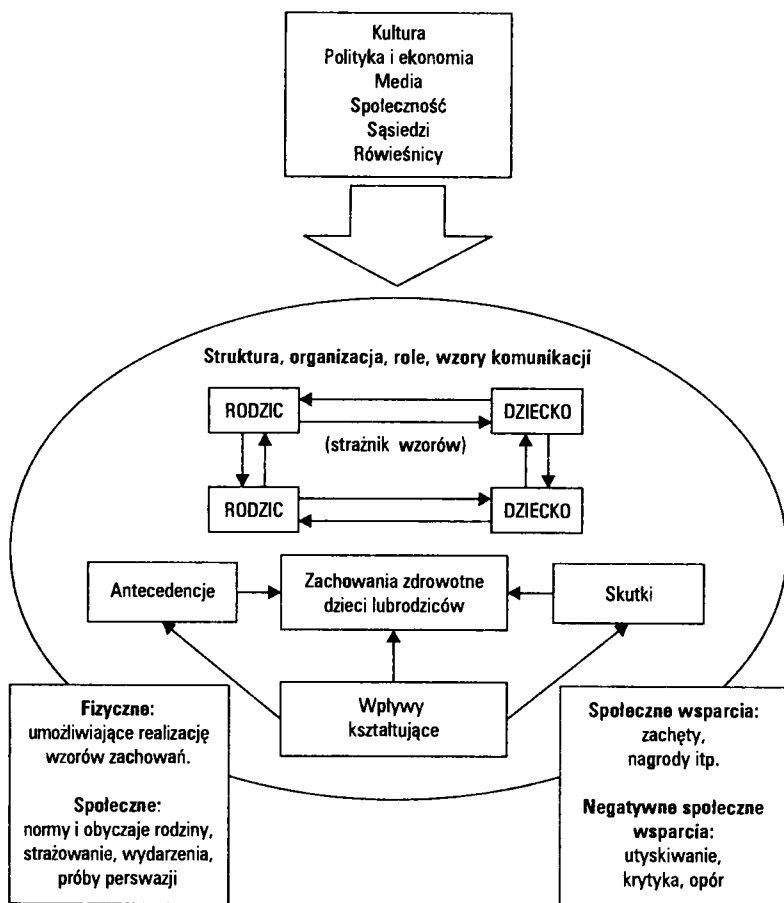
Metodologia badań

Próba badawcza o charakterze celowo-warstwowym. Zasady doboru próby: miasto, dzielnica, obszar SP ZOZ (tj. rejon czterech przychodni), wybrane ulice, wybrane domy, godziny realizacji badań, wiek i płeć respondenta. Socjologiczne badania terenowe przeprowadzone zostały z zastosowaniem techniki wywiadu standaryzowanego obejmującego 60 pytań.

Model rodzinnego mechanizmu kształtowania zachowań jako teoretyczna podstawa badań

Konieczność analizowania zachowań ludzi jako czynników ryzyka zdrowotnego spowodowała rozwój teorii, które nie tylko wyjaśniałyby kształtowanie oraz możliwości zmiany zachowań zdrowotnych, ale mogły stać się planem rozwijania strategii edukacyjnych. Model rodzinnego mechanizmu kształtowania zachowań spełnia te wymagania i należy do nielicznych teorii, które takich zwyczajów ludzi, jak palenie papierosów czy picie alkoholu nie wyjaśniają (oceniają) w kategoriach patologii. Zaprezentowane w tym modelu kulturowe podejście podkreśla znaczenie tradycji w kształtowaniu zachowań zdrowotnych, co może okazać się główną barierą dla zmiany zachowania szkodliwego dla zdrowia. Model ogniskuje się na wewnętrznych mechanizmach oddziaływania rodziny, ale jest oczywistością, iż na system rodzinny oddziałują różnorodne czynniki zewnętrzne: społeczność sąsiadów, rówieśnicy członków rodziny, społeczne środowisko pracy i szkoły, ekonomia, polityka rządu,

media. Założenia tego modelu tworzą teorie społeczno-poznawcze Bandury i skinnerowskie zasady uczenia się (główne komponenty modelu prezentuje schemat)⁷.



Rys. 1. Model rodzinnego mechanizmu kształtowania zachowań

⁷ J. F. Sallis, P. R. Nader, *Family Determinants of Behaviors*, w: D. S. Gochman, *op. cit.*, s. 107–119.

Środowisko rodziny można przedstawić jako kompleks systemów z wieloma dynamicznymi własnościami, do których zalicza się różne style interakcji, dominujące wzory i role strukturalne. Oddziaływanie rodziców na dzieci jest często określane jako najsilniejsze. Wydaje się, że gdy dwoje lub jedno z rodziców pełni funkcję „strażnika jedzenia” (*gatekeeper*), to rodzicielskim efektem edukacyjnym jest podniesienie znaczenia (ważności) wzorów żywienia wśród wszystkich członków rodziny. Kompleks wewnątrzrodzinnych wzorów oddziaływania opiera się z jednej strony na wzorach dostarczanych w przeszłości, a z drugiej uwzględnia następstwa tego oddziaływania wyrażające się konkretnymi zachowaniami członków rodziny. Prezentowany model odwołuje się do rodzinnych mechanizmów kontroli, które są ważnymi, środowiskowymi bodźcami modelowania zachowań.

Modeling jest rdzeniem teorii społeczno-poznawczych. Jego wpływ nie jest prosty, ponieważ służy różnym funkcjom i odbywa się za pośrednictwem różnych czynników. Rosental i Bandura zidentyfikowali cztery funkcje modelingu:

1. „Efekt uczenia się przez obserwację” – może być określany jako stan, w którym ludzie uczą się, obserwując innych. Jako członkowie rodziny wszyscy mają sposobność takiej obserwacji, czego efektem jest dyfuzja zachowania.
2. Obserwowanie pozytywnych lub negatywnych skutków „modelowych akcji” – służy „powstrzymywaniu lub niepowstrzymywaniu spełniania podobnych zachowań”. Obserwacje rodzeństwa, któremu w ogóle zakazano jeść lody, ilustruje podobne podporządkowanie zakazom.
3. „Efekt ułatwionej reakcji” – modeling będzie tu wynikiem sytuacji poprzedzającej. Na przykład jedno z dzieci prosi ojca o pozwolenie na grę w piłkę, co stymuluje pozostałe rodzeństwo do złożenia podobnej prośby. Funkcja ta nie odnosi się do wyuczonych już zachowań, pozwala rozróżniać dobre lub złe usposobienie ojca do spełniania prośby i regulować częstotliwość tych prośb.
4. „Modeling jako ustalenie poznawczych standardów dla własnych zasad lub norm”. Przez obserwację działalności innych

osób jednostka uczy się standardów, które – jak można oczekiwać – zastosuje w określonej sytuacji. Jeśli małżonkowie mają alternatywne wzory jedzenia, ale sposób bycia jednego z nich sprzyja realizacji wspólnych celów, to wtedy współmałżonek przyjmuje podobne standardy. Z kolei brak przekonania i opór jednego z małżonków co do skuteczności tzw. diety eliminacyjnej (np. bezglutenowej) staje się źródłem konfliktów i ogranicza skuteczność terapii.

Czynniki poprzedzające, czyli antecedencje są wskazówkami, sygnałami lub bodźcami do zachowań. Szczególnie wiele jest ich w środowisku rodziny – w postaci znaków, pamiątek, przypomnień i norm, które pozostają w ścisłych relacjach ze zdrowiem. Różnorodność jedzenia czy też znaczny nadzór nad jedzeniem są przykładami takich antecedencji. Rodzinne wzory ograniczają również wpływ sygnałów lub bodźców zewnętrznych. Na przykład: to rodzina wybiera wycieczki do restauracji typu fast food lub do baru sałatkowego. Tak samo wybiera i uprawia lub opiera się przed uprawianiem jakiegoś sportu. W rzeczywistości więc rodzina może kontrolować wiele antecedencji pochodzących z otoczenia.

Ogląd wzorów żywienia zwykle umożliwia identyfikację nieformalnej roli „strażnika wzorów żywienia” w każdej rodzinie. Jest to osoba, która planuje menu, dokonuje zakupów i przyrządza posiłki. Jest ona również uważana za potencjalnego odbiorcę dostarczanej z zewnątrz edukacji i dlatego często błędem jest edukowanie tych członków rodziny, którzy wymienionych czynności nie wykonują. Roli tej towarzyszy często werbalna perswazja i edukacja na temat produktów i zasad żywienia.

Dodatkowo, preferencje żywieniowe mogą być przedmiotem dyskusji i argumentowaniem za własnym punktem widzenia. Wszystkie interakcje związane z omawianym tu przykładem wzorów żywienia tworzą konstrukcję społecznych antecedencji. Uważa się, że rodzinne mechanizmy kontroli antecedencji są bardzo silne i ważne, ale literatura przedmiotu omawia nieliczne tylko badania dokumentujące ten efekt.

Następstwa

Niektóre ze społecznych antecedenencji, takich jak uczestnictwo, zachęty lub upomnienia mogą być rozpatrywane jako społeczne wsparcie. Członkowie rodziny dostarczają wsparcia, gdy chwalą zdrowe jedzenie. Negatywne wsparcie to opozycja: utyskiwanie i wzbranianie się przed zdrowymi posiłkami. Niektórzy rodzice systematycznie stosują nagrody w postaci jedzenia i wówczas u dzieci szybciej rozwijają się preferencje dla danego produktu. Takie praktyki są istotne, gdy odnoszą się do redukowania spożywania tłustych posiłków lub produktów zbyt kalorycznych, czy ciast i ciastek. Gdy rodzice nigdy nie nagradzają (karzą) zachowań związanych ze zdrowiem, to sytuacja ta również wpływa na powstawanie wzorów zachowań.

Autorzy modelu sugerują, że rodzinne determinanty zachowań zdrowotnych są najmocniejsze i długotrwałe. Istnieje wiele mechanizmów tego wpływu, niektóre z nich mają charakter dyrektywny, a inne subtelny. Zdaniem twórców modelu prowadzenie poprawnych badań w tym względzie jest bardzo ważne i sprzyja lepszemu zrozumieniu rodzinnych determinant różnych wzorów zachowań zdrowotnych, a w konsekwencji umożliwia osiągnięcie lepszych wyników w edukacji zdrowotnej. W referowanym fragmencie badań starano się ustalić niektóre antecedencje rodzinne (m.in. określić, kto pełni funkcję „strażnika wzorów żywienia”) oraz scharakteryzować wzory żywienia.

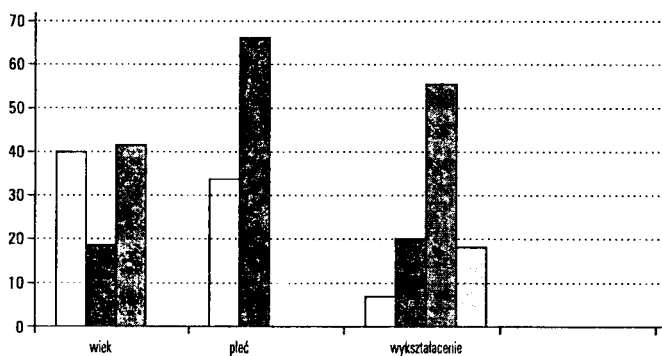
Wyniki badań

W analizie statystycznej opartej na metodzie korelacyjnej uwzględniono materiał zebrany na próbie wielowarstwowej liczącej 1000 osób w wieku 18–65 lat (1999 r. – 584, w 2000 r. – 416 osoby), klientów SP ZOZ.

Charakterystyka badanej populacji

W prezentowanych badaniach 65% populacji stanowiły kobiety. Kobiety były częściej typowane przez członków rodziny do roli re-

spondenta, a także bardziej niż mężczyźni zainteresowane problematyką badań. W badanej populacji osoby w wieku 18–35 lat stanowiły 41,1%, w wieku 36–40 – 16,3% oraz 39,5% osoby w wieku 46–50 lat. W zdrowiu publicznym taka segmentacja uzasadniana jest zróżnicowanymi wzorami zachowań oraz ryzykiem zdrowotnym determinowanym wiekiem. W badanej populacji najliczniejszą kategorią były osoby ze średnim wykształceniem – 55,5% osób. Najczęściej były to osoby młode: uczniowie lub studenci.

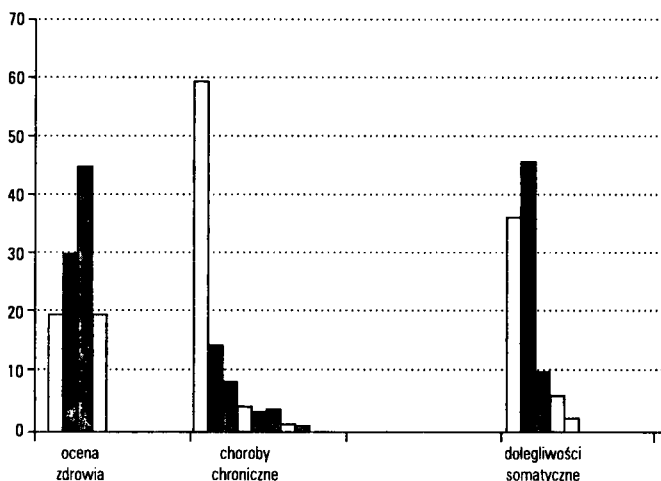


Rys. 2. Charakterystyka badanej populacji

Badani oceniali swój stan zdrowia; przeważała ocena dobra – 50,9%, jako nienajlepszy (dostateczny) stan swojego zdrowia określiło – 30,2% i jako zły 7,6%. Tylko 11,1% populacji oceniło swoje zdrowie jako bardzo dobre. Subiektywna ocena zdrowia determinowana była – przynajmniej w pewnym zakresie – przewlekłymi problemami zdrowotnymi, na które cierpiało 40% badanych osób. W zbiorowości chorych zgłoszono cierpienia z powodu: chorób narządu ruchu – 15,1%, alergii (w tym astmy) – 8,7%, chorób układu krążenia – 4,6%, nowotworowych – 3,5%, chorób układu nerwowego – 1,4% oraz układu pokarmowego – 1,1%.

W populacji 64% badanych zgłosiło również cierpienia z powodu różnorodnych dolegliwości somatycznych, takich jak: zmęczenie, zawroty i ból głowy, ból karku i ból brzucha. 46,7% spośród tych osób stwierdziło, iż dolegliwości te występowały kilka razy w miesią-

cu. U pozostałych: 10,7% – kilka razy na sześć miesięcy, 6,3% – kilka razy w roku oraz 2,1% – kilka razy w tygodniu.



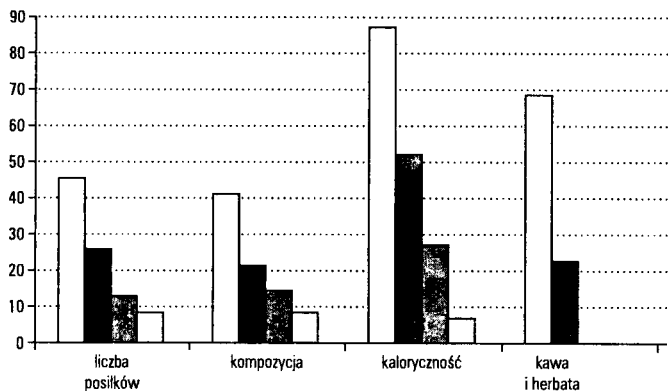
Rys 3. Subiektywna ocena zdrowia, występowanie chorób chronicznych oraz dolegliwości somatyczne

Wybrane wzory żywienia

W badanej populacji 47,3% deklarowało, że regularnie spożywa trzy posiłki dziennie, dwa posiłki – 26,5%, jeden lub dwa posiłki – 8,5%. Tylko 13,2% spośród respondentów stwierdziło, że regularnie spożywa pięć posiłków. Powszechnie uważano, że liczba spożywanych posiłków nie ma specjalnego znaczenia i jest wyłącznie determinowana indywidualnymi potrzebami „odczuwanego głodu”. Na pytanie „Jak często zjada Pan/Pani posiłki skomponowane z chudego mięsa lub wędliny, jarzyn i owoców oraz ziemniaków lub pieczywa?” badani odpowiedzieli: jeden na dzień – 44,4%, wszystkie dni – 21,9%. Pozostali: dwa lub trzy w tygodniu – 14,8% i jeden w tygodniu – 8,8%.

Subiektywnie przez respondentów określone jako posiłki/potrawy tłuste lub słodkie (wysokokaloryczne) jeden–dwa razy w tygo-

dniu spożywało 53,6% badanych. Pozostali: jeden na dzień – 27,9% oraz dwa lub trzy na dzień – 6,8%. Dziennie nie więcej niż trzy filiżanki/szklanki kawy i/lub herbaty wypijało 70,6% badanych, pozostali 23,1% – od czterech do ośmiu. Cechy, takie jak płeć, wiek i wykształcenie nie różnicowały odpowiedzi.



Rys. 4. Wybrane wzory żywienia

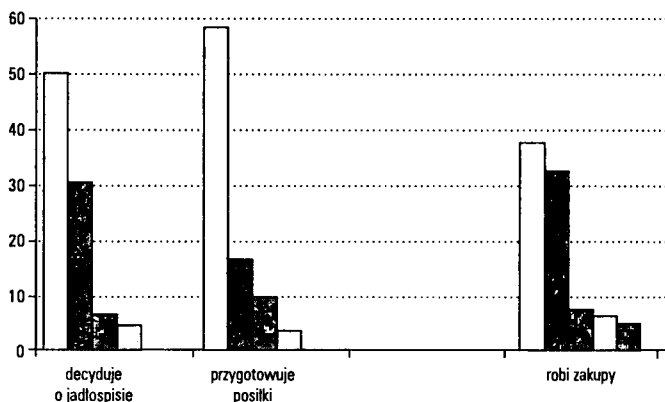
W zakresie wzorów picia alkoholu 27,9% respondentów zadeklarowało abstynencję, a okazjonalny wzór picia (imieniny i inne uroczystości w szerszym kręgu rodziny lub znajomych) – 55,0%. Należy nadmienić, iż wzory te deklarowały przede wszystkim kobiety w różnym wieku. Inne wzory deklarowali młodzi mężczyźni: „raz w tygodniu piwo lub drink” – 9,9% lub codziennie 1–2 piwa – 4,8% respondentów.

Podsumowując: badaną populację charakteryzowała mała liczba zjadanych posiłków na dzień. Sytuacja ta była uwarunkowana dwoma czynnikami: poglądami respondentów oraz poziomem dochodów. Wśród badanych 44,2% zadeklarowało miesięczny dochód na osobę w rodzinie powyżej 400 złotych. Pozostali: 38,0% respondentów 201–400 złotych oraz 16,1% do 200 złotych. Korzystnymi zmianami we wzorach żywienia było ograniczenie spożywania tłustych i wysokokalorycznych posiłków oraz zmiana jakościowa spo-

życia alkoholu – preferowano niskoprocentowe napoje, takie jak piwo lub drink.

Rola „strażnika wzorów żywienia”, jak wspomniano, obejmuje następujące zadania: decydowanie o jadłospisie, przygotowywanie posiłków oraz dokonywanie zakupów.

Wśród badanych 51,3% wymieniło żonę/matkę jako osobę, która decydowała o menu rodziny. Następnie: 6,6% starsze dziecko, najczęściej była to córka – licealistka, studentka lub pracująca, ale mieszkająca w domu. Tylko 4,6% respondentów wymieniło męża/ojca jako decydującego o rodzinnym jadłospisie. 31,1% badanych stwierdziło, iż w jego rodzinie wszyscy członkowie mieli wpływ/układali menu dla rodziny.



Rys. 5. Strażnik wzorów żywienia

Podobny rozkład odpowiedzi uzyskano na pytanie o osobę przygotowującą posiłki: żona/matka – 59,9%, starsze dziecko – 9,8% oraz mąż/ojciec – 3,7%. Każdy indywidualnie przygotowuje sobie posiłki – stwierdziło 16,8% badanych.

W opinii respondentów zakupy najczęściej wykonywała również samodzielnie żona/matka – 38,5% lub starsze dziecko – 7,5%. W pozostałych przypadkach: cała rodzina – 33,3%, rodzice – 6,3% i małżonkowie – 5,1%.

Jak wynika z analizowanych danych, funkcję „strażnika wzorów żywienia” pełniły w większości przypadków żony/matki. Jednak coraz częściej rolę tę podejmowało najstarsze dziecko w rodzinie – najczęściej córka. Jest to dość istotne, gdyż w literaturze przedmiotu najstarszym dzieciom przypisuje się również rolę innowatorów wzorów rodzinnych. Najslabiej rolę „strażnika rodzinnych wzorów żywienia” podejmowali mężczyźni pełniący funkcję ojca i męża oraz synowie. Najsilniej zmieniona została ta rola w aspekcie dokonywania zakupów, które coraz częściej realizowane są wspólnie przez rodzinę i przyczyniają się do zwiększania rangi sklepu jako miejsca edukacji o żywności – stwierdziło to 66,4% badanych.

Źródła informacji o zasadach żywienia i produktach żywnościowych

Na pytanie „Skąd czerpie Pan/Pani informacje o zasadach żywienia i artykułach żywnościowych do codziennego żywienia siebie i rodziny?” respondenci najczęściej wymieniali w odpowiedzi czasopisma kobiece – 55,6%. Następnie: sklep – 23,6%, przyjaciół – 16,3%, lekarza – 13,7%, reklamę telewizyjną – 11,1%, kolegów – 7,1%, szkołę – 6,3%, pielęgniarkę – 4,0%.

W „segmentcie” populacji (12,8%), gdzie zadeklarowano stosowanie specjalnej diety, dla badanych głównym źródłem informacji o zasadach jej stosowania byli: rodzice (8,0%) i reklama (8,0%), następnie specjalistyczna literatura (5,4%), lekarz (5,3%). Znikoma liczba respondentów – 0,3% – wymieniło pielęgniarkę. Dla pewnej liczby respondentów obydwu „segmentów” – niestosujących specjalnej diety (87,2%) oraz stosujących specjalną dietę (12,8%) – naczelną zasadą było najtańsze żywienie.

W prezentowanej analizie zwraca uwagę niskie znaczenie rodziny jako źródła informacji. Ta powszechna opinia była zaskoczeniem, nie tylko w odniesieniu do wcześniej omówionych wyników charakteryzujących aspekty roli „stróża wzorów żywienia”. Wyniki te mogą bowiem wskazywać na dokonujące się powszechnie – równoczesne i w różnych pokoleniach – zmiany w zakresie spożywanych artyku-

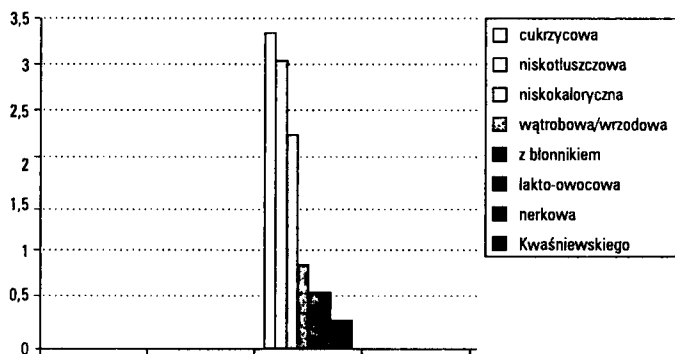
łów, co powoduje wzrost zapotrzebowania na wspólną, rodzinną edukację podczas zakupów albo odwrotnie – może być tylko modą na dokonywanie zakupów w tzw. marketach. Stosunkowo wysoka ranga przypisywana przyjaciołom jako źródło informacji może być sygnałem, iż pojawiły się jakieś nowe upodobania żywieniowe, które wspierają grupy rówieśnicze.

Tabela 1. Źródła informacji o zasadach żywienia i produktach żywnościowych

Źródła informacji	Źródła informacji o uniwersalnych zasadach żywienia i produktach		Źródła informacji o zasadach stosowania specjalnej diety i produktach	
	Razem – 1000	%	Razem – 1000	%
1. Czasopisma kobiece	556	55,6	556	55,6
2. Sklep	236	23,6	236	23,6
3. Przyjaciele	163	16,3	163	16,3
4. Lekarz	137	13,7	137	13,7
5. Reklama tv	111	11,1	111	11,1
6. Koledzy	71	7,1	71	7,1
7. Szkoła	63	6,3	63	6,3
8. Pielęgniarka	40	4,0	40	4,0
9. Specjalistyczna literatura	23	2,3	23	2,3
10. Rodzice	20	2,0	20	2,0
11. Naczelna zasada – tanie żywienie	151	15,1	151	15,1
12. Nie dotyczy – nie stosuje specjalnej diety	0,0	0,0	0,0	0,0

Uwaga: tabela nie sumuje się do 100%

Ranga rodziny jako źródła informacji o zasadach stosowanej diety była wyższa, wśród tych respondentów, którzy zadeklarowali stosowanie specjalnej diety. Oni też przypisywali większe znaczenie reklamie telewizyjnej.



Rys. 6. Charakter stosowanej specjalnej diety

Struktura stosowanych diet tylko w niewielkim zakresie odzwierciedlała potrzeby determinowane chorobami chronicznymi, na które cierpiało ok. 40,0% badanej populacji. Jak wspomniano 12,8% respondentów zadeklarowało stosowanie szczególnej diety, takiej jak: cukrzycowa (3,4%), niskotłuszczowa (3,1%), niskokaloryczna (2,3%), „wątrobową i wrzodową” (0,9%), lakto-owocowa (0,6%), z wysoką zawartością błonnika (0,6%) oraz Kwaśnińskiego (0,3%). Tylko 6,6% respondentów przyznało, iż stosuje dietetyczne zalecenia lekarza. Wśród pozostałych dominuje dieta tradycyjna lub indywidualne preferencje – 3,1% oraz dieta spowodowana dbałością o sylwetkę ze względu na pracę wymagającą dobrej prezencji – 1,2%.

Podsumowanie i wnioski

W badaniach osiągnięto wszystkie zaplanowane cele. Uzyskano przede wszystkim wiele informacji charakteryzujących kulturę rodzin badanych respondentów. Uzyskane wyniki skłaniają do wniosku, iż większość osób przypisuje żywieniu jedynie znaczenie egzysten-

stencjalne, a rodzinne wzory żywienia są tradycyjne i odległe od zaleceń zdrowotnych rekomendowanych dla społeczeństwa polskiego przez Państwowy Instytut Higieny Żywienia i Żywności.

Większość respondentów, w tym osoby chore, nie wiedziały o zasadniczym znaczeniu diety w profilaktyce różnych chorób przewlekłych. Wyjątek stanowili pacjenci chorzy na cukrzycę, leczeni insuliną. Respondentom często trudno było wskazać źródła informacji na temat zasad żywienia, w większości też byli bardziej zainteresowani tzw. edukacją konsumencką (dotyczącą charakterystyki produktu) niż zdrowotną.

Stosunkowo często (szczególnie mężczyźni) wyrażano opinie, że pytania na temat wzorów żywienia są pytaniami bardzo osobistymi. Domagano się też dodatkowych uzasadnień, pytając, dlaczego problem tak szczegółowo interesuje pielęgniarki. Zdecydowana większość respondentów, pomimo iż dokonali wyboru pielęgniarki rodzinnej, nie była poinformowana o zakresie jej obowiązków. Wyrażano zdziwienie, a nawet krytykowano te przepisy odnośnie roli pielęgniarki, które dotyczyły edukacji zdrowotnej.

Respondenci oczekiwali, że w ramach reformy opieki zdrowotnej zwiększone zostaną dopłaty do leków lub zwiększy się możliwość otrzymania darmowych leków. Oczekiwano też usprawnień w organizacji pracy przychodni, np. zmiany godzin przyjęć niektórych lekarzy, możliwości rejestrowania przez telefon, a także poprawy dostępności do specjalistów.

Sytuacja ta w opinii ankieterek – studentek pielęgniarstwa – utrudniała realizację badań. W kilkunastu przypadkach wywiady zostały przerwane przez respondentów.

Jednym z istotnych wniosków tych badań było uświadomienie sobie przez profesjonalistów zatrudnionych w opiece zdrowotnej, że realizacja „poprawy sposobu żywienia ludności” zapisana jako cel operacyjny nr 2 w Narodowym Programie Zdrowia 1996–2005⁸, może nastroczać wielu nieoczekiwanych trudności.

⁸ *Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*, MZiOS, Międzyresortowy Zespół Kordynacyjny NPZ, Warszawa 1996, s. 39–41.

Bibliografia

1. Beaglehole R., Bonita R., Kjellstrom T., *Basic epidemiology*, WHO, Genewa 1993.
2. Blaxter M., *Health and life styles*, London–New York 1993.
3. Bloch B., *Blich's assessment guide for ethnic/culture variation*, w: Lanz J., *Family Culture and Ethnicity*, Boston 1985.
4. Dahlgren G., Whitehead M., *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm 1995.
5. Green L. W., Simons-Morton B. G., Potvin L., *Education and life styles determinants of health and disease*, „Oxford Textbook of Public Health”, New York–Oxford–Tokyo 1997, s. 126–137.
6. *Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention*, Departament of Health, Education and Welfare (Publication No. 79–55071), Washington 1979.
7. Kolbe L. J., *The Application of Health Behavior Research. Health education and Health Promotion*, w: Gochman D. S., *Health Behavior, Emerging Research Perspectives*, Plenum Press 1988, s. 382.
8. Loveland-Cherry C. J., *Family Health Promotion and Protection*, w: *Nurses and Family Health Promotion*, Baltimore 1989.
9. *Narodowy Program Zdrowia 1996–2005*, MZiOŚ, Warszawa 1996.
10. Sallis J. F., Nader P. R., *Family Determinants of Behaviors*, w: Gochman D. S., *Health Behavior; Emerging Research. Perspectives*, Plenum Press 1988.
11. Windak A., Jarosz M., Kulczycka J., Surdacki A., Tomasik T., *Zakres kompetencji lekarza rodzinnego*, Kraków 1994.
12. Barbaro de B. (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków 1976.
13. *Zakres kompetencji, zadań i obowiązków pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej*. „Biuletyn MOiPiP”, nr 73 (1996), s. 8–15.

Ustawy

- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991, nr 91, poz. 408).
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. 1997, nr 28, poz. 153).
- Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. 1989, nr 30, poz. 481).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1996, nr 28, poz. 28 oraz Dz. U. 1998, nr 106, poz. 668).

Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. 1991, nr 41, poz. 178).

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 1996, nr 91, poz. 410).